

## **CADASTRO DE DISCENTES COM NECESSIDADES ESPECÍFICAS**

Prezado Discente,

*Entende-se que as necessidades específicas podem ser permanentes (tais como auditiva, visual, mental e motora) ou temporárias (por exemplo, no caso de gestantes, pessoas que fraturam algum membro ou que tenham dificuldade de se locomover em função da idade, etc).*

*Neste contexto, a Coordenadoria de Educação Inclusiva e o Núcleo de Ações Inclusivas, foram implementados para assegurar o cumprimento dos direitos do educando, em uma perspectiva inclusiva.*

*Para tanto, com o intuito de providenciar recursos tecnológicos assistivos e definição de metodologias que venham contribuir para o processo de ensino, solicita-se a gentileza de preencher as informações constantes neste formulário.*

*Por fim, convidamos para uma visita a este setor.*

**Os campos com (\*) são obrigatórios.**

<b>*NOME</b>	
<b>*TELEFONE</b>	
<b>*E-MAIL</b>	
<b>*CURSO/PERÍODO</b>	
<b>* ANO DE INGRESSO</b>	

<b>* Informe o tipo de Necessidade</b>
<b>DEFICIÊNCIA VISUAL</b> ( ) Total            ( ) Parcial
<b>DEFICIÊNCIA AUDITIVA</b> ( ) Total            ( ) Parcial
<b>DEFICIÊNCIA MOTORA</b> Qual? _____
<b>DEFICIÊNCIA MENTAL</b> Qual?: _____
<b>TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD</b> Qual? _____
<b>TRANSTORNO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE – TDAH:</b>
<b>ALTAS HABILIDADES OU SUPERDOTAÇÃO:</b>
<b>NECESSIDADE TEMPORÁRIA</b> Qual?: _____

**\*Há algum diagnóstico clínico?**

( ) Sim

( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

**\*Qual o profissional que atesta o diagnóstico?**

( ) Médico

( ) Psicólogo

( ) Outro

Qual: \_\_\_\_\_

**\*Faz uso de algum medicamento?**

Sim

Não

Qual? \_\_\_\_\_

**\*Atualmente faz algum acompanhamento clínico?**

Sim

Não

**\*Há quanto tempo?**

Menos de um ano

Um ano

Dois anos ou mais

**\*Utiliza algum recurso tecnológico para favorecer seu aprendizado?**

Sim

Não

Qual? \_\_\_\_\_

**\*Possui algum diagnóstico que comprometa seu aprendizado?**

Sim

Não

Qual? \_\_\_\_\_

**\*Há alguma barreira que atrapalhe sua acessibilidade no Campus?**

Sim

Não

Qual? \_\_\_\_\_

**Conhece o Núcleo de Ações Inclusivas – NAI?**

Sim

Não

**Se você deseja conhecer o Núcleo de Ações Inclusivas-NAI, entre em contato conosco pelo e-mail: [nai.barbacena@ifsudestemg.edu.br](mailto:nai.barbacena@ifsudestemg.edu.br)**

Declaro que as informações acima são verdadeiras

Barbacena, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura aluno

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável  
(se menor de 18 anos)